



**A.S.L. TO1**

Azienda Sanitaria Locale  
Torino

038 – Richiesta perimetria automatica ASL TO1

**SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA**  
Via San Secondo, 29 - 10128 TORINO  
Tel: 011.5661566 - Fax: 011.5662015

**AMBULATORIO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – 3° piano**

**MODULO DI RICHIESTA ESAME:** da compilare a cura dell'oculista curante

PERIMETRIA AUTOMATICA

PERIMETRIA MANUALE

30° centrali  
 60°

Nome e Cognome del paziente .....

Indirizzo .....

Medico richiedente .....

**NOTE CLINICHE:**

- ODV: PL ..... (correzione: PV ..... )
- ODV: PL ..... (correzione: PV ..... )
- Presenti alterazioni del film lacrimale o della trasparenza dei mezzi diottrici?  
.....
- Pregressi interventi chirurgici oculari: .....  
.....
- Diagnosi presunta: .....
- Quesito diagnostico: .....  
.....  
.....  
.....

Si prega il paziente di portare:

- il campo visivo precedente;
- la richiesta del medico che specifichi l'esame da eseguire.

L'esecuzione dell'esame richiesto è subordinata alla completa compilazione del presente modulo.

Torino, .....

Timbro e firma  
del medico oculista